

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский
университет им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого» КАФЕДРА
УРОЛОГИИ, АНДРОЛОГИИ И СЕКСОЛОГИИ ИПО

РЕФЕРАТ

На тему «НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В УРОЛОГИИ»

Выполнил: Ординатор
кафедры урологии,
андрологии и
сексологии ИПО
Азизмуродов Д.И

г. Красноярск

2019

СОДЕРЖАНИЕ:

1. Гематурия
2. Почечная колика
3. Острая задержка мочеиспускания
4. Приапизм
5. Парафимоз

В урологической практике встречаются следующие неотложные состояния: гематурия, острая задержка мочеиспускания, почечная колика, парафимоз и приапизм.

В РЕФЕРАТЕ представлены особенности диагностики и лечения данной патологии.

В 2012 г. в России было выявлено 525 931 новых случаев злокачественного новообразования (54,2% у женщин, 45,8% у мужчин), что на 16,0% больше по сравнению с 2002 г. (453 256). Ведущими локализациями в общей (оба пола) структуре онкологической заболеваемости являются: кожа (12,4%, с меланомой – 14,1%), молочная железа (11,3%), трахея, бронхи, легкое (10,6%), желудок (7,1%), ободочная кишка (6,5%), предстательная железа (5,5%), прямая кишка, ректосигмоидное соединение, анус (5,0%), лимфатическая и кроветворная ткань (4,6%), тело матки (4,1%), почка (3,7%), поджелудочная железа (2,9%), шейка матки (2,9%), мочевого пузыря (2,7%), яичник (2,5%). Значимую по удельному весу группу у мужчин формируют злокачественные опухоли органов мочеполовой системы, составляя 22,0% всех злокачественных новообразований.

Доля урологических локализаций в структуре онкологической заболеваемости населения год от года возрастает, при этом частота выявления заболеваний на ранних стадиях остается невысокой. Остается актуальной проблема неотложных состояний при онкоурологических заболеваниях поздних стадий. С неотложными состояниями приходится встречаться врачам любого профиля, осматривая пациента в поликлинике, дома, при вызове врачами скорой медицинской помощи, в приемном отделении любой больницы, т.е. всюду и всегда, всем врачам вне зависимости от профессиональной принадлежности в любой ситуации.

В урологической практике встречаются следующие неотложные состояния: гематурия, острая задержка мочеиспускания, почечная колика, парафимоз и приапизм.

Гематурия

Гематурия – это кровь в моче, как видимая на глаз – макроскопическая, так и определяемая в осадке мочи – микроскопическая. Кровь в моче – результат патологического процесса на любом участке мочевого тракта, однако при макроскопической гематурии в первую очередь следует думать о «первичных» новообразованиях органов мочевой системы. К «вторичным» относятся опухоли прямой кишки, гениталий, прорастающие в мочевой пузырь. В зависимости от того, какая порция мочи содержит или окрашена кровью, различают:

- 1) инициальную – начальную;
- 2) терминальную – конечную и
- 3) тотальную гематурию.

Статистически установлено, что причинами тотальной гематурии в 45–52% случаев является заболевание почки, в 30–35% – мочевого пузыря, в 10–12% – предстательной железы. Если источником гематурии является мочеточник, то это практически всегда или папиллярная опухоль, или камень. При заболеваниях мочевого пузыря первое место в качестве причины гематурии занимают папиллярные опухоли (бессимптомный вариант) или инфильтрирующие опухоли – рак, которым сопутствуют дизурические явления, а также камни мочевого пузыря, аденома или рак предстательной железы, расширенные вены области шейки, цистит.

Каждый случай макроскопической гематурии – ургентная ситуация. Ведущим клиническим симптомом рака почечной лоханки и мочеточника является гематурия. Она наблюдается у 70–95% больных. У 49–55,6% больных она является единственным, а у 66%

– первым симптомом заболевания. Характерна безболевая макрогематурия, однако если сгусток крови вызывает обструкцию мочеточника, то во время макрогематурии могут появиться болевые ощущения по типу почечной колики.

Рост заболеваемости раком предстательной железы побудил к поиску более эффективных методов лечения. В частности, в последние 5–10 лет во многих учреждениях стала применяться высокодозная мегавольтная лучевая терапия с суммарной поглощенной дозой 70 Гр и выше. Несмотря на выполнение всех требований концепции гарантии качества лучевой терапии, применение столь больших доз радиации приводит к развитию местных лучевых повреждений прилежащих к простате отделов мочевого пузыря и прямой кишки – лучевых циститов и ректитов, часто сопровождающихся профузными кровотечениями. Гематурия часто осложнялась тампонадой мочевого пузыря, что требует соответствующих urgentных терапевтических мероприятий, установки трехпросветного катетера и постоянного отмывания сгустков крови, восстановления кровопотери (отдается предпочтение переливанию компонентов крови – плазмы крови одноименной группы, свежеприготовленной эритроцитарной массы и т.п.).

Геморрагии при лучевых повреждениях мочевого пузыря и прямой кишки являются проявлением местной патологии коагуляционного процесса. Причиной кровотечений является не только нарушение процессов свертываемости крови, но и то, что вследствие радиационно-индуцированного фиброза на микро- и макроскопическом уровне эрозированное отверстие стенки кровеносного сосуда в области лучевого повреждения фиксировано в сетях этого фиброза, оно постоянно зияет и, следовательно, постоянно кровоточит.

Почечная колика

Под почечной коликой подразумевают состояние, возникающее без видимой причины, часто ночью, сопровождающееся сильнейшими схваткообразными болями в поясничной области, несколько ниже и сзади от реберной дуги, распространяющиеся по ходу мочеточника с иррадиацией в мошонку, головку полового члена, бедро, половые губы. В 40–50% причиной почечной колики является мочекаменная болезнь.

Причиной почечной колики может быть и тромбоз сосудов почки, обтурация мочеточника сгустком крови, фибрина, отхождение песка и другие факторы, остро нарушающие отток мочи из почки. Почечная колика часто сопровождается тошнотой, рвотой, вздутием живота, нарушением мочеиспускания. Характерным является то, что нет такой позы, при которой болевые ощущения стали бы меньше. Боль столь интенсивна, что больной мечется, не находя себе места, кричит и стонет.

Механизм развития колики обусловлен комплексом причин в виде задержки мочи, нарушения венозного оттока, расстройства гемодинамики в почке, а также растяжения фиброзной капсулы почки. Приблизительно в одной трети случаев почечная колика сопровождается рвотой. Почти постоянно больные ощущают тошноту. Длительность приступа разнообразна. Обычно приступ колики длится от 2 до 5 ч, может затихнуть полностью и возобновиться с неменьшей силой через несколько часов. Чаще всего это наблюдается при подвижных камнях почки. Вместе с тем бывают случаи, когда приступ длится на протяжении 10–15 ч, а иногда и нескольких суток непрерывно. Столь длительная почечная колика, как правило, обусловлена обтурацией мочеточника камнем. Болевой синдром при почечной колике не ограничивается ощущениями в области почки. Связь почечного сплетения с солнечным и чревным обуславливает симптомы гастроинтестинального типа. Почечная колика может сопровождаться вздутием живота, разлитыми болями в животе, парезом кишечника и детрузора мочевого пузыря с рефлекторной задержкой мочи. Приступ боли может прекратиться столь же внезапно, как и возник, что является характерным для почечной колики. Часто по прекращении приступа в поясничной области остается тупая боль. К обязательным объективным методам исследования при почечной колике относятся: исследования крови, мочи, рентгенологическое, инструментальное, ультразвуковое исследования.

Опухоли верхних мочевыводящих путей (рак почечной лоханки и мочеточника) характеризуются безболевым макрогематурией, однако если сгусток крови вызывает обструкцию мочеточника, то во время макрогематурии могут появиться болевые ощущения по типу почечной колики. Боль является вторым по частоте симптомом опухоли верхних мочевыводящих путей. Она отмечается у 8–65% больных. Чаще всего она вызывается закупоркой мочеточника сгустком крови и появляется внезапно. Обычно болевому приступу предшествует безболевая макрогематурия. При восстановлении пассажа мочи колика проходит. Постоянная изнуряющая боль чаще всего говорит о местной распространенности заболевания.

Под почечную колику могут маскироваться спонтанные забрюшинные кровоизлияния, возникающие вследствие разрыва опухолей почки. Разрыв опухоли почки – редкое состояние, наиболее часто встречающееся при ангиомиолипоме почки. Спонтанные забрюшинные кровоизлияния – редкое, но серьезное осложнение заболеваний забрюшинных органов и тканей. А.С.Переверзев и соавт. описали 10 больных (7 женщин и 3 мужчины) с самопроизвольно возникшей подкапсульной или паранефральной гематомой, возникшей в результате разрыва опухоли почки.

По данным патоморфологического исследования, у 4 (40%) больных была ангиомиолипома и у 6 (60%) – почечно-клеточный рак. Самыми частыми симптомами были острая боль в поясничной области на стороне поражения (100%) и отсутствие макрогематурии у всех пациентов. У 50% больных отмечались гемодинамические нарушения по гипотоническому типу (4 пациента потеряли сознание). Разрывы опухоли левой почки встречались у 70% больных. Точный предоперационный диагноз поставили в 70% случаях с использованием УЗИ, компьютерной томографии (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ). Из четырех больных с ангиомиолипомой 3 (75%) пациентам выполнили консервативное хирургическое вмешательство в объеме энуклеации или энуклеорезекции. Из 6 пациентов с почечно-клеточным раком резекция почки выполнена 1 больному (16,6%), остальным 5 (83,7%) сделана радикальная нефрэктомия. У 2 (33,3%) больных нефрэктомия была дополнена удалением тромба из нижней полой вены. Таким образом, пациенты со спонтанным разрывом опухолей почки чаще всего характеризовались отсутствием макрогематурии, преимущественным расположением опухоли слева, в среднем сегменте почки (90%), высокой диагностической эффективностью УЗИ. Разрыв опухоли почки никак не сказывался на частоте местного рецидивирования [7]. M.Grasso et al. описали случай разрыва лейомиосаркомы – опухоли, относящейся к редкому гистологическому подтипу сарком почки, составляющих 50–60% случаев.

V.Fornarola et al. полагают, что помимо наличия доброкачественной (ангиомиолипома) или злокачественной опухоли для возникновения разрыва опухоли почки необходимо сочетание еще нескольких этиопатогенетических факторов, наиболее значимый из которых – артериопатия (полиартериит, аневризмы), флогоз и коагулопатии. Наиболее частые симптомы разрыва опухоли почки и забрюшинной гематомы: острая боль в поясничной области или в гипогастральной области живота, часто интерпретируемая как почечная колика, не поддающаяся медикаментозной терапии, отсутствие макрогематурии, гемодинамические нарушения по гиповолемическому типу с резким нарастанием анемии. Большинство авторов при наличии некупируемого приступа почечной колики рекомендуют выполнять дообследование (УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства, КТ брюшной полости и экскреторную урографию) [6–8]. Острая задержка мочеиспускания

Задержка мочеиспускания – невозможность осуществить акт мочеиспускания. В 99% случаев для этого имеются объективные предпосылки у мужчин (патологический процесс в предстательной железе) и в 1% – у женщин. Наиболее частыми причинами острой задержки мочеиспускания являются заболевания предстательной железы (аденома, рак, острый простатит), прогрессирующая стриктура уретры, травмы с разрывом мочеиспускательного канала, обтурация мочеиспускательного канала камнем, тампонада

мочевого пузыря сгустками крови, «закупорка» области внутреннего отверстия уретры свисающей – флотирующей папиллярной опухолью мочевого пузыря. Возможна и рефлекторная задержка мочи.

Одним из осложнений лучевой терапии рака предстательной железы является прогрессирующая стриктура уретры, которая постепенно приводит к острой задержке мочеиспускания. Для предотвращения этого осложнения при появлении первых симптомов затруднения при мочеиспускании после выполнения дообследования прибегают к бужированию уретры или трансуретральной резекции (ТУР) уретры и предстательной железы. Ранним послеоперационным осложнением после ТУР мочевого пузыря может стать гемотампонада мочевого пузыря вследствие некачественного гемостаза при выполнении оперативного вмешательства. Для устранения этого осложнения используют трехпросветный катетер с отмыванием полости мочевого пузыря на фоне активной гемостатической терапии.

Одним из методов лечения локализованного рака предстательной железы является брахитерапия. Брахитерапия – это метод интерстициальной лучевой терапии, основанный на внедрении в ткань предстательной железы микрокапсул, содержащих изотоп йода ^{125}I с низкой активностью и коротким периодом полураспада. С целью обеспечения необходимой дозы излучения в пределах предстательной железы и минимизации лучевой нагрузки на близлежащие органы и ткани размещение зерен осуществляется при помощи компьютерной планирующей системы. При проведении брахитерапии также возникает острая задержка мочеиспускания. Частота возникновения эпизодов острой задержки мочеиспускания в среднем составляла около 12% и зависела как от количества внедренных имплантатов, так и от квалификации специалиста, выполняющего установку зерен ^{125}I , что обусловлено снижением вероятности периуретральной травмы. При проведении исследования M.D. Thomas et al. выявили, что на частоту острых задержек мочи при проведении брахитерапии влияет главным образом объем транзиторной зоны предстательной железы. Частота возникновения острой задержки мочеиспускания в группе больных с объемом транзиторной зоны предстательной железы около 50 см³ и более составляла 60%.

Острая задержка мочеиспускания может возникнуть после первой инъекции аналогов ЛГ-РГ (лютеинизирующего гормона – релизинг-гормона) при проведении гормональной терапии рака предстательной железы в ответ на первоначальное увеличение уровня ЛГ-РГ и тестостерона крови. Для предотвращения подобного состояния проводят обязательную профилактику синдрома «вспышки», применение антиандрогенов за 7–10 дней до первой инъекции аналогов ЛГ-РГ и через 2 нед после. Возможны казуистические случаи возникновения острой задержки мочеиспускания и макрогематурии вследствие метастазирования в пещеристые тела полового члена.

Приапизм

Приапизм (priapismus – по имени древнегреческого бога плодородия Приапа) – длительная болезненная эрекция, не сопровождающаяся половым возбуждением и не завершающаяся эякуляцией. В отличие от физиологической эрекции, при приапизме не происходит тумесценции (набухания) спонгиозного тела и головки. Мочеиспускание при этом не нарушено. Различают приапизм симптоматический (например, при лейкозе, серповидно-клеточной анемии или метастазах злокачественных опухолей в половой член), фармакологический (при интракавернозном введении вазоактивных препаратов) и идиопатический. Идиопатический приапизм развивается в результате повреждения механизма прекращения эрекции при стойком уменьшении венозного оттока (венозный, ишемический приапизм) либо увеличении притока крови к кавернозным телам (артериальный приапизм).

Симптомы приапизма зависят от типа нарушения гемодинамики. При ишемическом приапизме развивается отек и цианоз полового члена, боль, связанная с ишемией кавернозной ткани. Внутрикавернозное давление меньше или равно систолическому.

Венозный отток и артериальный приток снижены в 2 раза и более. При артериальном приапизме отека, цианоза, болей в половом члене нет. Внутрикавернозное давление превышает систолическое и может достигать 400 мм рт. ст. На фоне неизмененного венозного оттока резко усилен артериальный ток. По течению приапизм может быть острым и продолжается от нескольких часов до нескольких недель и хроническим (проявляется периодически, патологическая эрекция обычно менее выражена, может наблюдаться в течение нескольких лет).

При остром приапизме необходима срочная госпитализация в урологическое отделение или отделение сосудистой хирургии. Лечение – оперативное, направлено на восстановление адекватного кровообращения в половом члене путем создания дополнительного венозного оттока из кавернозных тел: сафено- и спонгиокавернозные анастомозы. Предпочтителен баланокавернозный анастомоз, т.к. в этом случае создается фистула между головкой полового члена и остальной частью кавернозных тел. Методом выбора при артериальном приапизме является эмболизация внутренних срамных артерий для улучшения притока крови к кавернозным телам.

Лечебная тактика при фармакологическом и идиопатическом приапизме совпадает. При симптоматическом приапизме проводят лечение основного заболевания; если приапизм обусловлен опухолевым процессом, то лечение паллиативное, направлено на купирование боли, профилактику инфекционных осложнений обструкции мочевых путей. Прогноз в отношении сохранения половой функции наименее благоприятный при идиопатическом приапизме: через 24–48 ч от начала заболевания в кавернозной ткани возникают необратимые патоморфологические изменения, которые в конечном итоге приводят к склерозу и так называемой эректильной импотенции.

Профилактика идиопатического приапизма не разработана.

Злокачественный приапизм – редкая клиническая патология, характеризующаяся метастатическим поражением пещеристых тел полового члена опухолями мочеполовой системы (рак мочевого пузыря, рак предстательной железы, рак почки). В случае выявления метастазов в пещеристых телах больному выполняют онкопоиск с проведением УЗИ, КТ, МРТ малого таза, брюшной полости и забрюшинного пространства, биопсии метастазов с целью гистологической верификации первичного очага. Злокачественный приапизм иногда носит смешанный характер (high-low priapism) и не нуждается в незамедлительной терапии.

Парафимоз

Парафимоз (paraphimosis; от греч. около + фимоз) – ущемление головки полового члена суженной крайней плотью. Возникает, как правило, у детей при онанизме, гигиенических процедурах на фоне физиологического или умеренного рубцового сужения крайней плоти; у взрослых возможен при половом акте и раке полового члена. Клиническая картина обусловлена ущемлением головки полового члена суженной крайней плотью, нарушением крово- и лимфообращения головки полового члена и крайней плоти, которые развиваются довольно быстро и сопровождаются значительным отеком, болями, затруднением мочеиспускания. Пальпация болезненна.

При длительном парафимозе возможны изъязвление кожи головки полового члена и даже ее некроз. Диагноз устанавливают на основании данных анамнеза и результатов осмотра. Лечебная тактика зависит главным образом от длительности парафимоза и степени трофических изменений в тканях. В ближайшие часы после ущемления оправданы попытки консервативного вправления. При этом головку полового члена и кожу крайней плоти обрабатывают антисептическими растворами и стерильным вазелиновым маслом, а затем путем длительного, постепенного и осторожного сдавливания головки пальцами уменьшают ее размеры и пытаются протолкнуть через ущемляющее кольцо в препуциальный мешок.

Манипуляцию желательно выполнять под общей анестезией, можно проводить под местной анестезией 0,5% раствором новокаина, который вводят под кожу у основания полового члена. В случае длительного ущемления и невозможности вправления головки

полового члена прибегают к оперативному вмешательству, которое заключается в рассечении ущемляющего кольца. После стихания острого воспалительного процесса производят обрезание крайней плоти.

Литература

1. Каприн АД, Старинский ВВ, Петрова ГВ. Злокачественные новообразования в России в 2012 году (заболеваемость и смертность). М., 2014.
2. Вайнберг ЗС. Неотложная урология. М., 1997.
3. Фигурин КМ, Злокачественные новообразования почечных лоханок и мочеточников. Онкоурология. 2006;2:5-12.
4. Бардычев МС, Пасов ВВ, Курпешева АК, Терехов ОВ, Ниязова ЖМ, Бардычев ДМ. Профузные кровотечения из прямой кишки и мочевого пузыря как осложнения лучевой терапии рака предстательной железы. Онкоурология. 2006;2:59-61.
5. Chris Dawson, Hugh Whitfield, ABC of Urology: Urological evaluation. BMJ 1996;312:695-8. 6. Wolfe TR. Ruptured renal angiomyolipoma presenting as renal colic. Am J Emerg Med. 1998 Nov;16(7):658-61.

